

تأثیر آموزش در کاهش میزان افسردگی زنان دارای سابقه عمل توبکتومی

مریم اتفاق^۱، داود شجاعی زاده^{۲*}، کرامت الله نوری^۲، رویا صادقی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۲ دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۳ دکتری آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۱۱

چکیده

مقدمه: اختلالات روانی از جمله افسردگی یکی از شایع‌ترین عوارض بعد از عمل توبکتومی می‌باشد. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش در کاهش میزان افسردگی زنان دارای سابقه عمل توبکتومی انجام گردید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که در بین ۸۰ نفر (۴۰ نفر گروه مداخله و ۴۰ نفر گروه کنترل) از زنان دارای سابقه عمل توبکتومی در شهرستان کبودرآهنگ انجام گردید. پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی و فرم ۲۸ سؤالی سلامت روان بود که به روش خودگزارش‌دهی تکمیل گردید. برنامه آموزشی در طی ۴ جلسه، به‌صورت چهره به چهره و گروهی برای افراد اجرا شد. داده‌ها قبل از انجام مداخله و ۲ ماه بعد از انجام آموزش در دو گروه جمع‌آوری گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-18 و با آزمون‌های تی مستقل، من ویتنی، کای‌اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، کوواریانس (ANCOVA) و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که برنامه آموزشی در کاهش میزان افسردگی زنان در گروه مداخله تأثیر داشته است و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/05$). به‌طوری‌که نمره میانگین گروه مداخله قبل از آموزش ۲۹/۸۵ بود و پس از آموزش به ۱۵/۲۳ رسید. همچنین مشخص شد که افسردگی با میزان سواد و شغل افراد در ارتباط است به‌طوری‌که با افزایش تحصیلات، زنان افسردگی کمتری داشتند و افسردگی در زنان بیکار نیز بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اهمیت آموزش در بهبود وضعیت سلامت روان زنان دارای سابقه توبکتومی را تأیید می‌کند.

واژگان کلیدی: آموزش بهداشت، افسردگی، توبکتومی، زنان

مقدمه

در حال حاضر هر ده سال یک‌بار به جمعیت دنیا رقمی معادل یک میلیارد نفر اضافه می‌شود. از سال ۱۸۵۰ تا ۱۹۳۰ فقط با گذشت کمتر از ۸۰ سال جمعیت جهان دو برابر شد (۱). برای ارتقاء سطح سلامت جامعه برنامه تنظیم خانواده به‌عنوان ابزار مهم تأمین بهداشت مادران و کودکان از توجه ویژه‌ای برخوردار شده است (۲). روش‌های تنظیم خانواده شامل وسایل و روش‌های متعددی است که فرد می‌تواند برای پیشگیری از حاملگی از آن‌ها استفاده کند.

یکی از این روش‌ها توبکتومی یا بستن لوله‌های رحمی است. این روش یک راه پیشگیری از بارداری به‌صورت دائمی است (۳).

سالانه تقریباً ۷۰۰ هزار زن عقیم‌سازی داوطلبانه را انتخاب می‌کنند که نشان می‌دهد که این روش علاوه بر اینکه مورد نیاز زنان است، روش مورد تقاضای آنان نیز می‌باشد (۴). بیش از ۲۲۰ میلیون زوج در سراسر دنیا تاکنون از روش‌های عقیم‌سازی استفاده کرده‌اند (۵). طبق آمار میزان عقیم‌سازی در ایران در مهرماه سال ۱۳۷۹، ۱۷/۱

* نویسنده مسئول: داود شجاعی زاده، دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ایمیل: Shojac5@yahoo.com
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۸

نگرانی جنسیتی تظاهر می‌نماید و نظر به اینکه اختلالات روانی به‌عنوان یکی از پیامدهای طولانی‌مدت عقیم‌سازی مطرح می‌باشند (۷)، که از مهم‌ترین این اختلالات افسردگی می‌باشد، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر آموزش بروی این افراد انجام دهد. نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند ما را در به‌کارگیری برنامه‌های مؤثرتر برای ارائه خدمات پیشگیری‌کننده در کنترل افسردگی یاری نماید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۱ در بین ۸۰ نفر از زنان دارای سابقه عمل توبکتومی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان کبودرآهنگ از توابع استان همدان انجام گردید. با استفاده از آمار موجود در ارتباط با تعداد زنان توبکتومی شده در مراکز بهداشتی درمانی و با در نظر گرفتن سطح اطمینان آماری ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد در سطح خطای نوع اول ۵ درصد و حداقل تفاوت حدود ۰/۳، حجم نمونه تعداد ۴۰ نفر در هر گروه مداخله و کنترل در نظر گرفته شد.

در مجموع از بین مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کبودرآهنگ، دو مرکز بهداشتی درمانی به‌عنوان گروه مداخله و دو مرکز بهداشتی درمانی به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده و ۴۰ نفر در هر گروه به‌صورت تصادفی ساده از لیست دفاتر تنظیم خانواده این مراکز انتخاب و وارد مطالعه شدند. همسان‌سازی در دو گروه بر اساس سن، سطح تحصیلات و اشتغال انجام شد. شرایط ورود به مطالعه، گذشتن حداقل ۶ ماه از عمل توبکتومی، نداشتن مشکل حاد از یک ماه گذشته، سکونت در شهرستان کبودرآهنگ و علاقه مند بودن به پاسخ دادن به سؤالات و شرکت در مطالعه بود. روش گردآوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های بدون نام بود که به‌صورت خود گزارش‌دهی از شرکت‌کنندگان در مطالعه تکمیل گردید. به شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده می‌شد که تمام پرسشنامه‌ها ضمن حفظ محرمانه بودن، برای تحلیل آماری یکجا گردآوری خواهند شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه با تمایل و کسب رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند.

درصد بود (۶) که این میزان در سال ۱۳۸۰ به ۲۱/۵ درصد رسید (۷).

در سال‌های اخیر با افزایش استفاده از این شیوه، پرسش‌هایی در مورد عوارض احتمالی آن مطرح شده است (۸). در برخی مطالعات به یک سندرم بعد از توبکتومی اشاره شده است که به‌طور متغیر با احساس ناراحتی در ناحیه لگن، تشکیل کیست تخمدان و به‌ویژه منوراژی مشخص می‌شود. البته هنوز ثابت نشده که بستن لوله باعث ایجاد این تغییرات می‌شود (۴). هرچند بخش بزرگی از افرادی که عمل عقیم‌سازی را انجام می‌دهند از تصمیم خود راضی هستند، شمار اندکی هم دچار پشیمانی بعد از عمل شده و درخواست برقراری مجدد باروری از طریق جراحی را دارند. این درخواست معمولاً به دلیل تغییرات پیش‌بینی‌نشده در وضعیت شخصی افراد، مثل مرگ کودک، ازدواج مجدد یا بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی مطرح می‌شود (۹).

مطالعه‌ای در هند نشان داد که عوارض بعد از توبکتومی در سه دسته طبقه‌بندی می‌شوند: مسائل مربوط به قاعدگی، مسائل جنسی و افسردگی. بیشترین اختلالات روانی گزارش‌شده بعد از توبکتومی اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری، ترس، اختلال حافظه، حمله عصبی و روان رنجوری یا ناراحتی روانی ذکر شده است که در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد می‌باشد (۱۰). در مطالعه فیروزآبادی و همکاران (۱۱) تفاوت معنی‌داری در افسردگی قبل و بعد از عمل توبکتومی گزارش شده بود، به این معنی که افسردگی ۶ ماه بعد از عمل به میزان قابل‌توجهی افزایش یافته بود. در مطالعه‌ای در چین نیز میزان افسردگی در زنان دارای سابقه انجام عمل توبکتومی ۲/۳۴ بار بیشتر از زنانی بود که این عمل را انجام نداده بودند (۱۲). نوری زاده و همکاران نیز میزان افسردگی در زنان سترون‌شده را ۱۳/۳ درصد گزارش کردند (۷).

از آنجایی که یکی از روش‌های مؤثر در تنظیم خانواده، عقیم‌سازی زنان می‌باشد و تعدادی از زنانی که عقیم‌سازی را انتخاب می‌کنند، ممکن است به‌نوعی سندرم نوروتیک مبتلا شوند که به‌صورت درد، افسردگی، خودبیمارانگاری و

سطح سلامت روان و کاهش میزان افسردگی زنان مشخص شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد، در این مطالعه از آزمون‌های تی مستقل، من ویتنی، کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، کوواریانس (ANCOVA) و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

محدوده سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۲۷ تا ۴۷ سال با میانگین $36/7 \pm 4/2$ بود و بیشترین افراد (۶۷/۵ درصد) در محدوده سنی ۳۵ تا ۴۵ سال قرار داشتند. باین حال میانگین سن در گروه مداخله ۳۷/۷۵ و در گروه کنترل ۳۵/۶۷ بود که طبق نتایج آزمون تی مستقل، اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی‌داری بود ($P=0/023$). بنابراین مقایسه‌های سلامت روان و مؤلفه‌های آن بین دو گروه مداخله و کنترل با کنترل متغیر سن انجام شد.

جدول شماره ۱ به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه پرداخته است، بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر اختلاف آماری معنی‌داری از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تحصیلات همسر، شغل همسر و میزان درآمد قبل از مطالعه بین دو گروه (مداخله و کنترل) مشاهده نشد ($P>0/05$). در مورد تعداد پسران و دختران از آزمون ناپارامتری من ویتنی استفاده شد که تعداد فرزندان نیز در دو گروه توزیع یکسان داشتند ($P>0/05$). همچنین مقایسه نمره کل سلامت روان و زیر مؤلفه‌های آن با استفاده از آزمون تی مستقل نیز نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله آموزشی وجود نداشت ($P>0/05$).

نتایج مطالعه در خصوص تغییرات نمره کل سلامت روان قبل و بعد از مداخله (با کنترل اثر سن) در جدول شماره ۲ ارائه شده است، یافته‌ها حاکی از تفاوت نمره سلامت روان بین دو گروه بعد از مداخله می‌باشد که این مسئله دلالت بر تأثیر برنامه آموزشی در ارتقاء سطح سلامت روان

مطالعه حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. با توجه به ملاحظات اخلاقی برای گروه کنترل نیز پس از انجام پس‌آزمون همانند گروه مداخله کلاس‌های آموزشی برگزار شد.

تاکنون ابزارهای متعددی برای غربالگری اختلالات روانی در جمعیت بکار رفته است. یکی از آن‌ها پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (General Health Questionnaire-28) (GHQ-28) است که در سطح وسیعی استفاده شده است. مطالعات روان‌سنجی نسخه‌های مختلف آزمون که بروی ۷۰ کشور به انجام رسیده است، نشان می‌دهد که نسخه ۲۸ نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین امتیاز اعتبار، حساسیت و ویژگی است (۱۳). در این پژوهش نیز از دو پرسشنامه جمعیت شناختی شامل ۱۱ سؤال و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 استفاده شد. این پرسشنامه دربرگیرنده ۴ شاخص علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بود که هر کدام با ۷ سؤال با طیف ۴ گزینه‌ای (صفر تا ۳ نمره‌گذاری گردید). در این روش نمره دهی، کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده احتمال وجود اختلالات روانی در بین شرکت‌کنندگان در مطالعه بود. ضریب همبستگی درونی سؤالات برای ابعاد مختلف پرسشنامه توسط نوربالا و پالاهنگ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است.

سطح سلامت روان در دو گروه در قالب پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 سنجیده شد. سپس زنان شرکت‌کننده در گروه مداخله، ۴ جلسه برنامه آموزشی را در طی دو ماه دریافت کردند. در این جلسات از استراتژی‌های آموزشی سخنرانی و پرسش و پاسخ به صورت چهره به چهره و گروهی استفاده گردید که تقریباً هر جلسه نیز بسته به سؤالات افراد ۳۰ دقیقه طول می‌کشید.

محتوی برنامه آموزشی ارائه شده شامل مهارت‌های زندگی، توپکتومی و نتایج آن، مدیریت استرس، مهارت حل مسئله و خشم، خودآگاهی و غیره بود. ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی پس‌آزمون از هر دو گروه مداخله و کنترل به عمل آمد تا میزان اثربخشی مداخله آموزشی در ارتقاء

در صورتی که میانگین نمره سلامت روان در افراد با شغل آزاد بالاتر از سایر گروه‌های شاغل بوده است. در هر ۴ شاخص میانگین نمره سلامت روان در گروه بیکارها بالاتر بوده و این گروه وضعیت بدتری برای همه شاخص‌های سلامت روان در مقایسه با سایر گروه‌ها داشتند. این وضعیت در افرادی که همسران بیکار داشتند نیز به همین صورت بود.

میانگین نمرات همه شاخص‌های سلامت روان در گروه مادران بدون دختر پایین‌تر بود و این گروه از مادران، از لحاظ شاخص‌های سلامت روان وضعیت بهتری داشتند. در همه ۴ شاخص (علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی)، میانگین نمره سلامت روان در گروه مادران دو دختر و بیشتر، بالاتر بوده و این گروه از مادران وضعیت بدتری برای همه شاخص‌های سلامت روان و افسردگی در مقایسه با سایر گروه‌ها داشتند. اختلاف میانگین همه شاخص‌ها در گروه‌ها معنی‌دار بوده و مادران با تعداد دختران بیشتر افسردگی بیشتری داشتند ($P < 0/05$). میانگین همه شاخص‌ها (علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی) در گروه مادران بدون پسر بالاتر بوده و این گروه از مادران از لحاظ شاخص‌های سلامت روان وضعیت بدتری داشته‌اند.

در بین زنان گروه مداخله دارد ($F=355/1, P < 0/001$). به این صورت که میانگین نمره کلی سلامت روان در گروه مداخله از ۲۹/۸۵، بعد از آموزش به ۱۵/۲۳ رسیده است. در صورتی که قبل از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. ولی در گروه کنترل حتی وضعیت سلامت روان زنان بدتر نیز شده است.

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول شماره ۳، تغییرات قبل و بعد از مطالعه در میانگین نمرات علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی نیز در بین دو گروه مداخله و کنترل در نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). به عبارتی اختلاف بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله معنی‌دار نبود ولیکن بعد از انجام مداخله آموزشی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود.

در مورد سایر متغیرها، بر اساس نتایج به دست آمده بین سن و سن همسر با هیچ‌کدام از شاخص‌های سلامت روان و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در صورتی که بین تحصیلات و تحصیلات همسر شرکت‌کنندگان در مطالعه با شاخص‌های سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

مشخص شد که علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی در گروه کارمندان بهتر بود،

جدول شماره ۱- مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله آموزشی

متغیرها	گروه مداخله (n=40)		گروه کنترل (n=40)		سطح معنی‌داری	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
تحصیلات	بی‌سواد	۵	۱۲/۵	۸	۱۰	۰/۱۱۲*
	ابتدایی	۲۴	۶۰	۴۲	۵۲/۵	
	راهنمایی	۱۱	۲۷/۵	۲۶	۳۲/۵	
	دبیرستان و بالاتر	۰	۰	۴	۵	
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۳	۷/۵	۸	۲۰	۰/۱۸۷
	ابتدایی	۱۹	۴۷/۵	۱۲	۳۰	
	راهنمایی	۱۲	۳۰	۱۶	۴۰	
	دبیرستان و بالاتر	۶	۱۵	۴	۱۰	
شغل	بیکار	۳۱	۷۷/۵	۳۲	۸۰	۰/۴۲۵*
	کارمند	۱	۲/۵	۳	۷/۵	
	آزاد	۸	۲۰	۵	۱۲/۵	
شغل همسر	بیکار	۴	۱۰	۲	۵	۰/۸۲۶*
	کارمند	۱۳	۳۲/۵	۱۳	۳۲/۵	
	آزاد	۲۳	۵۷/۵	۲۵	۶۲/۵	

* نتایج مربوط به آزمون دقیق فیشر (Fisher Exact Test) می‌باشد

جدول شماره ۲- مقایسه نمره کلی سلامت روان بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

سطح معنی داری	گروه کنترل (n=۴۰)		گروه مداخله (n=۴۰)	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
سلامت روان	قبل	۲۶/۵۷ ± ۱۰/۳	۲۹/۸۵ ± ۱۴/۹	۰/۲۵۹
	بعد	۳۰/۴۱ ± ۹/۷	۱۵/۲۳ ± ۸/۱	۰/۰۰۱

جدول شماره ۳- مقایسه مؤلفه‌های سلامت روان بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

سطح معنی داری	مؤلفه‌های سلامت روان	گروه کنترل (n=۴۰)		گروه مداخله (n=۴۰)	
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
۰/۳۳۵	علائم جسمانی	قبل	۷/۱۰ ± ۳/۳	۷/۹۸ ± ۴/۶	۰/۳۳۵
۰/۰۰۱		بعد	۷/۹۰ ± ۳/۳	۳/۸۵ ± ۲/۳	۰/۰۰۱
۰/۴۳۷	اضطراب و بی‌خوابی	قبل	۷/۵۰ ± ۳/۶	۸/۲۵ ± ۴/۸	۰/۴۳۷
۰/۰۰۱		بعد	۸/۸۷ ± ۳/۵	۴/۳۵ ± ۲/۸	۰/۰۰۱
۰/۴۱۳	اختلال در عملکرد	قبل	۹/۲۰ ± ۲/۶	۹/۸۰ ± ۳/۷	۰/۴۱۳
۰/۰۰۱	اجتماعی	بعد	۹/۸۵ ± ۲/۵	۸/۷۰ ± ۲/۴	۰/۰۰۱
۰/۱۶۷	افسردگی	قبل	۲/۷۸ ± ۲/۹	۳/۸۲ ± ۳/۷	۰/۱۶۷
۰/۰۰۱		بعد	۳/۵۹ ± ۳/۱	۱/۲۱ ± ۱/۶	۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش در کاهش افسردگی زنان دارای سابقه عمل توبکتومی انجام شد. نتایج مربوط به این بررسی نشان داد که میزان افسردگی پس از عمل توبکتومی در زنانی که در گروه مداخله بودند و برنامه آموزشی را دریافت کردند، به‌طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است. به‌بیان‌دیگر آموزش ارائه شده توانست میزان افسردگی زنان را به‌طور مشخص کاهش دهد. این مطالعه نشان داد که ۱۰۰٪ زنان پس از دریافت مداخله در قالب کلاس‌های آموزشی، بهبودی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نیکخوی و همکاران (۱۴) که باهدف بررسی تأثیر مشاوره روانی در کاهش افسردگی پس از وازکتومی و توبکتومی انجام شده بود، همخوانی دارد. همچنین در سایر مطالعات موجود در این زمینه نیز دست‌آوردهای مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شده است (۱۵،۱۶).

از آنجایی که زنان دارای سابقه عمل توبکتومی عملاً از سیستم بهداشتی خارج می‌شوند و تنها در صورت بروز مشکل به مراکز بهداشتی درمانی و یا مطب پزشکان مراجعه می‌کنند، دسترسی به این زنان بسیار اندک است.

بنابراین توصیه می‌شود با ارائه دوره‌های آموزشی مشاوره‌ای در قالب راه‌اندازی سیستم پیگیری بعد از عقیمی، تا حدود زیادی از گسترش اختلالات روانی به دنبال عقیم‌سازی پیشگیری نمود. می‌توان با برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت آشنایی زنان با عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت عمل توبکتومی، مدیریت استرس، برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی در زندگی، مهارت حل مسئله و اعتقاد به مسائل دینی و مذهبی و همچنین گسترش و توسعه برنامه‌های بهداشت روان و ارائه خدمات بهداشت روان به این افراد کمک قابل توجهی نمود.

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر عدم وجود رابطه معنی دار بین سن و میزان افسردگی در بین شرکت‌کنندگان در مطالعه بود که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد. نوری زاده در مطالعه خود نشان داد که بین سن با میزان افسردگی پس از عمل توبکتومی رابطه‌ای وجود ندارد (۷). همچنین در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات زنان از سطح سلامت روانی بهتری برخوردار بودند که این یافته مشابه با نتایج تحقیق Dube می‌باشد که اختلال روانی را در افراد بی‌سواد و کم‌درآمد بیشتر از سایر گروه‌ها

گروه مداخله پس از اجرای برنامه آموزشی بود. همچنین در این مطالعه همه مؤلفه‌های سلامت روان از قبیل علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی پس از اجرای برنامه آموزشی در گروه مداخله کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است. این مطالعه اهمیت آموزش بهداشت در بهبود وضعیت سلامت روان و افسردگی زنان دارای سابقه توبکتومی را تأیید می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. بدین‌وسیله نویسندگان مقاله کمال تشکر و قدردانی خود را از همکاری صمیمانه از کارکنان و زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کبودرآهنگ اعلام می‌دارند.

گزارش کرده است (۱۷). در مطالعه Liu نیز بین نشانه‌های اضطراب و افسردگی با سطح سواد، سن، درآمد و نگرش پزشک معالج و دادن آگاهی پیش از عمل رابطه‌ی معنی‌داری گزارش شده است (۱۲).

بدیهی است که توجه به سلامت جسمانی و روانی زنان تأثیر بسزایی بر سلامت فرزندان و خانواده ایشان و جامعه می‌گذارد. لذا با بالا بردن سلامت روانی زنان می‌توان کارایی و رضایت از زندگی را در آنان و خانواده ایشان افزایش داد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به دسترسی به زنان به علت آشنا نبودن آن‌ها با کلاس‌های آموزشی اشاره کرد. تلاش شد تا با همکاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی این مشکل برطرف شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از ارتقاء سطح سلامت روان

References

1. Rezapour-Ghahremanlo B. *Populations and Family Planning*. 1st ed. Qom: Aleayob Publication; 2003:161-3. (Persian)
2. Nakhai M, Aflatonian A. *Methods of Contraception*. 2nd ed. Tehran: ShahreAb Publication; 2003:32-9. (Persian)
3. Schiling KD, Likis FE. *Woman's Gynecologic Health*. 2nd ed. USA: Jones & Bartlett Publication; 2011:372-80.
4. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-hill Publication; 2011: 581-2.
5. Sherif K. Benefits and risks of sterilization. *Int J Gynaecol Obstet*.2003; **83**(3):339-50.
6. Ministry of Health and Medical Education. *Epidemiology and population health in the Islamic Republic of Iran*. Tehran, 2002. (Persian)
7. Noorizadeh R, Ivanbagha R, Ranjbar-Koochaksariie F, Pezeshki MZ. [Post-sterilization regret rate in sterilized women referring to Tabriz health centers]. *Journal of Reproduction and Infertility*.2007; **8**(1):70-77. (Persian)
8. Visvanathan N, Wyshak G. Tubal ligation, menstrual changes, and menopausal symptoms. *J Womens Health Gend Based Med*.2000; **9**(5):521-7.
9. Najafi F, Rakhshani F. [Determining regret rate following vasectomy and tubectomy in Zahedan and Zabol during 2006]. *Journal of Reproduction and Infertility*.2008; **8**(4):345-51. (Persian)
10. Wig NN. Mental health and population growth. *Indian J Psychiatry*.1979; **21**:12-33.
11. Firouzabadi A, Noori A, Naseri H. [Evaluation of depression after tubal ligation]. *Journal of Reproduction and Infertility*.2002; **3**(3):52-57. (Persian)
12. Luo L, Wu SZ, Zhu C, Fan Q, Liu K, Sun G. Psychological long-term effects of sterilization on anxiety and depression. *Contraception*.1996; **54**(6):345-57.
13. Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychol Med*.1983; **13**(2):349-53.
14. Nikkhooi A, Ekhlasi A, Davasaz-Irani R. [The Effect of counseling on reduction of depression after vasectomy and tubal ligation]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.2004; **9**(4):43-8. (Persian)
15. Aghakhani N, Khademvatan K, Habibzadeh H, Jasemi M, Eghtedar S, Rahbar N, and et al. [The effect of education on anxiety and depression in patients with myocardial infarction in selected hospitals, Iran]. *Urumia Medical Journal*.2012; **23**(2):105-14. (Persian)
16. Hazavei SMM, Sabzmakan L, Hasanzadeh A, Rabiei K, Roohafza H. The effects of an educational program based on PRECEDE model on depression levels in patients with coronary artery bypass grafting. *ARYA Atheroscler*.2012; **8**(1):36-42.
17. Dube KC. A study of prevalence and biosocial variable in mental illness in a rural and an urban community in Uttar Pradesh, India. *Acta Psychiatr Scand*.1970; **46**(4):327-59.

*Research Article***The Effect of Education to Reduce Depression Rate in Women with a History of Tubal Ligation Surgery**Maryam Etefagh (MSc)¹, Davood Shojaeizadeh (PhD)^{1*}, Kerametollah Nori (PhD)², Roya Sadeghi (PhD)¹¹ Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.² Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received 1 Jan. 2014

Accepted 21 Apr. 2014

Abstract**Introduction:** Mental disorders such as depression are the most common complications after tubal ligation surgery. The aim of this study was to determine the effect of training to reduce depression rate in woman who had undergone tubectomy.**Materials & Methods:** This quasi-experimental study was performed on 80 women (40 in each of the control and intervention groups) who had undergone tubectomy in Kaboudar-Ahang Health Centers. The participants completed a self-administered questionnaire containing demographic characteristics and General Health Questionnaire (GHQ-28). The educational plan set was performed during four educational sessions face-to-face and in-group for the individuals. The data was gathered before and two months after the training in the two groups. Data was analyzed by Pearson correlation test, independent T-test, Mann-Whitney, Chi-square, Fisher test and ANCOVA using SPSS-18 software.**Results:** Educational Program had an impact to reduce depression rate in women in the intervention group, which was statically meaningful ($p < 0.05$). The mean score of depression was 29.85 before the training and 15.23 after it. Depression was associated with literacy and job status. More educated women had a lower rate of depression and depression in unemployed women was also higher.**Conclusions:** Result of the present study demonstrated the importance of education to improve mental health in women with a history of tubectomy.**Keywords:** Behavior; Employee; Life Style; Obesity**Corresponding Author:** Davood Shojaeizadeh, PhD in Health Education and Health Promotion, Dept. of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: shojae5@yahoo.com, Tel: 02188989128

Please cite this article as: Etefagh M, Shojaeizadeh D, Nori K, Sadeghi R. [The Effect of Education to Reduce Depression Rate in Women with a History of Tubal Ligation Surgery]. *Journal of Education and Community Health*.2014; 1(1):55-62.